Rok XXXVII. Kraków 15. Stycznia 1898. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O kwasie oksyproteinowym, nieznanym dotychczas składniku moczu

przez

St. Bądzyńskiego i R. Gottlieba [1])

według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie przez dr. St. Bądzyńskiego.

Białko jest nieodzownym pokarmem naszym. Z białka budują się tkanki naszego organizmu, a przecież tak mało wiemy o istocie tego procesu, jakiemu białko ulega w ustroju zwierzęcym. Zapytani o losy białka, odpowiadamy, iż trawi się ono w żołądku i kiszkach, rozszczepiając się na albumozy i peptony, że z tych gdzieś znowu odbudowuje się białko, bo we krwi już tych produktów rozkładu nie widzimy, gdyż tak we krwi jak w limfie białko jakby niezmienione krąży, zasilając w nieznany sposób tkanki — i, że wreszcie, rolę swoją spełniwszy, usuwa się z obiegu, ulegając rozkładowi.

Jeżeli pominiemy kwas moczowy, kreatyninę, których pochodzenie nie wywodzi się bezpośrednio z rozkładu białka, wreszcie inne połączenia azotowe, które znaleziono w moczu bądź to w szczególnych przypadkach, bądź to w prawidłowym moczu, lecz w niezmiernie małej ilości, to mocznik jest jedynym znanym dotychczas wyrazem rozkładu białka w organizmie. Mniemanie to zadawalniało. A jednak dosyć jest rzucić okiem na prosty wzór mocznika, ażeby dostrzedz, iż przedział, który dzieli ten związek od białka (najprostszy wzór białka jest podany przez Lieberkühna C_{72} H_{112} N_{18} SO_{22}) jest tak wielki, iż mocznik jest tylko ostatecznym wynikiem bardzo złożonego, a nieznanego nam procesu rozpadania się białka. Że ten proces składa się z całego szeregu okresów i że na jednym z nich będzie można, że tak powiem, przychwycić go i obserwować, wydawało się nam niewątpliwem.

Z tą myślą przedsięwzięliśmy doświadczenie nad zatruwaniem zwierząt fosforem, w tem mniemaniu, iż zatrucie fosforem, które tak mocno zakłóca przemianę materyi w organizmie, zakłóca właśnie te czynności rozszczepiania i utleniania, które są istotą rozkładu białka. Przewidywania te sprawdziły się. Znaleźliśmy w moczu psów, po zatruciu tych zwierząt fosforem, nieznany dotychczas związek — nazwiemy go tu zaraz kwasem oksyproteinowym — ale co więcej, przekonaliśmy się wkrótce, że związek ten jest prawidłowym składnikiem moczu ludzkiego i zwierzęcego i, że, po zatruciu fosforem, występuje tylko w znacznie powiększonej ilości.

A teraz o spostrzeżeniu samem.

[1]) Streszczenie doświadczeń wykonanych w zakładzie farmakologicznym uniwersytetu w Heidelbergu.

Mocz zwierząt zatrutych fosforem, bo ten to materyał był punktem wyjścia naszych doświadczeń, traktowaliśmy po odparowaniu gorącym wyskokiem. Nierozpuszczalna w wyskoku pozostałość była miękką, ciągliwą masą, która po ostygnięciu cokolwiek twardniała, przypominając karmel. Zewnętrzne więc wejrzenie już wskazywało różnicę w zachowaniu się przy porównaniu z moczem prawidłowym, — pozostałość moczu prawidłowego, po odparowaniu i wyciąganiu wyskokiem, ma postać suchego proszku. Na tę to pozostałość zwróciliśmy uwagę. — Tu, wyprzedzając bieg opisu, chcę opowiedzieć, iż w samej rzeczy pozostałość ta zawierała sole alkaliowe nieznanego kwasu organicznego, kwasu oksyproteinowego, zawierającego azot i siarkę, że bliższe badania okazały, iż sole alkaliowe tego kwasu są wprawdzie dosyć trudno rozpuszczalne w wyskoku, że jednak jeszcze trudniej rozpuszcza się w wyskoku sól barowa, że wreszcie tylko sól barowa kwasu oksyproteinowego daje się otrzymać w postaci przystępnej dla dalszego badania.

Z tych spostrzeżeń wynikała metoda otrzymania tego związku z moczu. Należało więc sole alkaliowe kwasu oksyproteinowego zamienić na sól barową, a tę wydzielić przez strącenie wyskokiem.

W tym celu mocz stężyliśmy do $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ części pierwotnej objętości i, do tak otrzymanej gęstej cieczy po zakwaszeniu jej kwasem siarkowym (10 cc. 40$^0/_0$ kw. siarkowego na 1 litr moczu), dodaliśmy 5-iokrotną objętość wyskoku (98$^0/_0$). Powstał natychmiast obfity krystaliczny osad. W ten sposób znalazł się w rozczynie wyskokowym wolny kwas oksyproteinowy, a zasady, które go wiązały, wypadły w postaci siarkanów. Teraz już łatwo było całą a przynajmniej przeważną część kw. oksyproteinowego związać z barytą. Do przesączu, rozcieńczonego równą objętością wody, dodaliśmy baryty tyle, iż próba wskazywała mały nadmiar tej zasady w rozczynie i, nie zwracając uwagi na zawieszony w płynie obfity osad z fosforanu i siarkanu barowego, przepuszczaliśmy przezeń prąd kwasu węglowego do zupełnego strącenia wolnej baryty. Przesącz od tego osadu odparowaliśmy w łaźni wodnej do małej objętości. Z tak stężonego wydzielały się po upływie pewnego czasu kryształy soli barowej kwasu hipurowego; odsączoną od tych kryształów ciecz wylano do naczynia, zawierającego nadmiar wyskoku; powstał obfity osad. Osad ten przemieniał się z początku nieraz na miękką ciągliwą masę, po kilkakrotnem jednak odsączaniu, rozpuszczaniu w wodzie i ponownem strącaniu wyskokiem, zjawisko to się nie powtarzało. Przeciwnie piękny kłaczkowaty osad przybierał raczej postać ziarnistą i dawał się z łatwością odsączyć. Zebrany na sączek i wysuszony nad kwasem siarkowym miał postać z lekka tylko zabarwionego proszku. Składała go w znacznej części sól barowa kwasu

oksyproteinowego, obok chlorku borowego i innych, nie badanych przez nas bliżej składników.

Nierozpuszczalność soli barowej w wyskoku pozwoliła oddzielić ją od znanych składników moczu, spostrzeżona zaś własność kw. oksyproteinowego dawania osadów z solami rtęci, a mianowicie z azotanem oraz siarkanem rtęciowym, pozwoliła otrzymać ten związek, resp. jego sól barową w stanie czystym.

Wspomniany wyżej nieczysty jeszcze przetwór soli barowej kw. oksyproteinowego rozpuściliśmy w wodzie i do rozczynu tego dodaliśmy rozczynu azotanu rtęciowego. Powstał obfity kłaczkowaty osad, który wypadał coraz obficiej przy dodawaniu sody, t. j. w miarę znoszenia nadmiaru, wolnego kw. azotowego wywiązanego przy reakcyi. Osad ten wymyliśmy bardzo starannie, aż próba wykazała zupełną nieobecność chloru, resp. Chlorku barowego, w przesączu. Wtedy zdjęto go z sączka, w stanie wilgotnym jeszcze, roztarto w moździerzu i rozbełtano z wodą, wreszcie zawieszono w wodzie i poddano działaniu siarkowodoru, kłócąc wciąż naczynie. W rozczynie znalazł się, obok kw. azotowego, wolny kwas oksyproteinowy. Rozczyn odsączyliśmy od siarczku rtęci, siarkowodór wywietrzyliśmy, przepuszczając prąd powietrza i dodaliśmy świeżo strąconego wilgotnego wodorotlenku ołowiu. Wodorotlenek ołowiu, jak to niedawno spostrzeżono [1]) strąca z roztworów kw. azotowy w postaci zasadowej soli ołowiu. Jakkolwiek przekonaliśmy się iż kw. azotowy nie daje się tą drogą całkowicie usunąć, to jednak pozbycie się w ten sposób znacznej części kw. azotowego ułatwia zadanie. Wprowadzony do roztworu ołów usunęliśmy przez dodanie kw. siarkowego; kw. siarkowy stracilismy nadmiarem baryty, a usunąwszy wolną barytę kw. węglowym, otrzymaliśmy wreszcie przesącz, który, stężony przez odparowanie, dał przy dodaniu wyskoku, osad soli barowej kwasu oksyproteinowego.

Sól barowa kw. oksyproteinowego jest związkiem nadzwyczaj łatwo rozpuszczalnym w wodzie. Z rozczynu wodnego strąca ją wyskok w postaci kłaczkowatego osadu, który po upływie pewnego czasu zamienia się na ciężki, opadający na dno naczynia, proszek o wejrzeniu piasku, skrzypiącego jak kryształy przy nacieraniu prętem szklannym. Przy badaniu pod mikroskopem nie widzieliśmy wprawdzie wyraźnych kryształów, lecz silnie łamiące światło gałki i aglomeraty miały niezawodnie zaczątkową budowę krystaliczną. Proszek ten jest tak dalece higroskopijny, iż po wyjęciu wyskoku zamienia się na powietrzu wkrótce na kropelki miękkiej ciągliwej masy, jakby żywicy. Wysuszony jednak nad kwasem siarkowym, nie ulega już tak szybko wpływowi wilgoci powietrza. Ta higroskopijność soli barowej utrudnia jej suszenie. Tylko przez ogrzewanie w specyalnych przyrządach w próżni nad kwasem siarkowym udało się osiągnąć ustalenie się ciężaru. Przy ciepłocie powyżej 110°C związek ten ulega powolnemu rozkładowi. Tak otrzymane i wysuszone przetwory soli barowej dawały przy rozbiorze pierwiastkowym liczby, wyrażające zawartość pierwiastka. niezupełnie z sobą zgodne. Ponieważ jednak różnice wahały się w granicach niezbyt rozległych, poprzestaliśmy na tych liczbach i, podsumowawszy wyniki wielu rozbiorów, otrzymaliśmy następujący przeciętny wynik:

C—27.5
H— 3.9
N—10.6
S— 1.7
Ba—29.7

Ztąd, jeżeli przyjmiemy za podstawę obliczania jeden atom siarki, wynika wzór dla soli barowej: $C_{43}\ H_{74}\ N_{14}\ O_{31}\ S\ Ba_4$ dla kwasu: $C_{43}\ H_{82}\ N_{14}\ O_{31}\ S$, a stąd też także i skład wolnego kwasu oksyproteinowego następujący:

		skład albuminy [2]) jaja
C—39.0	—	52.39
H— 6.2	—	6.95
N—14.8	—	15.11
S 2.4	—	1.70
O—37.6	—	23.85

Nie powiodło nam się jednak otrzymać z soli barowej wolnego kwasu oksyproteinowego w postaci przystępnej dla badania.

Mało przystępne dla badania są też inne sole kwasu oksyproteinowego. Sole alkaliowe kw. oksyproteinowego są łatwo rozpuszczalne w wodzie; wyskok strąca je w postaci kropelek mazi. Sole ołowiu i miedzi są również łatwo rozpuszczalne w wodzie. Sól srebrowa jest też łatwo rozpuszczalną, w bardzo stężonych jednak roztworach soli alkaliowej lub barowej kwasu oksyproteinowego wywołuje azotan srebrowy kłaczkowaty osad. Trzeba było więc z konieczności poprzestać na badaniu soli barowej.

Jakiż osobliwy jest skład tego związku! Siarki zawiera tak mało, iż na jeden atom tego pierwiastku przypada 43 atomy węgla i co szczególnie zasługuje na uwagę, 4 atomy baru. Cztery atomy baru podstawiają 8 atomów wodoru, wynika więc ztąd, iż kwas oksyproteinowy zawiera 8 grup kwasowych, prawdopodobnie karboksylowych (CO.OH). Ilość siarki zawartej w kwasie oksyproteinowym zbliża się do zawartości tego pierwiastka w białku. Natomiast kw. oksyproteinowy zawiera mniej azotu, a zwłaszcza mniej węgla i znacznie więcej tlenu niż białko. Jest to więc przedewszystkiem produkt utlenienia białka. Że utlenieniu temu towarzyszyło nietylko dodanie tlenu, lecz odszczepienie węgla, wskazuje zmieniony stosunek węgla do azotu. Podczas gdy białko na 1 cz. azotu zawiera 3.4 cz. węgla, kwas oksyproteinowy zawiera na 1 cz. azotu 2.6 cz. węgla. Że jednak procesy rozszczepienia przy tej przemianie wybitnego udziału nie brały, świadczy wielka drobina tego związku. Kwas oksyproteinowy przedstawia jakby jeden z pierwszych okresów rozkładu białka w organizmie.

Związków o podobnym charakterze w składni organizmu zwierzęcego dotychczas nie spotkano. Kwas oksyproteinowy przypomina jednak związki otrzymane sztucznie przez Malyego [2]) przy utlenianiu białka nadmanganianem potasowym, mianowicie szczególnie kwas peroksyprotowy. Ten ostatni jednak jest składem swoim bliższy białku, a także i w zachowaniu się, gdyż daje odczyn biuretowy, którego kwas oksyproteinowy nie daje. Powinowactwo kwasu oksyproteinowego do związków otrzymanych przez utlenienie białka nadmanganianem potasowym przypomina inną,

[1]) M. Siegfried: Ber. d. d. chem. Ges. 24. 418.

[1]) Bondzyński und Zoja Zeitschr. f. physiol. Ch. XIX 9.
[2]) Sitzungsber. d. K. Akad. d. Wiss. in Wien Bd. 91 Abth. II s. 157 (1885).

niemniej interesującą analogię między zjawiskami przemiany materyi, a tym sztucznym procesem utlenienia. Hofmeister [1]) spostrzegł niedawno, a właściwie zrehabilitował dawne, podawane w wątpliwość spostrzeżenie Béchampa, iż przy utlenianiu nadmanganczyanem potasowym wszelkich ciał białkowych powstaje mocznik. Wskazuje to zarazem, jak właściwem było w badaniu utleniania białka nadmanganczyanem potasowym szukać przyczynków do poznania zjawisk rozkładu i do bliższego zapoznania się z drobiną białka [2]). Kwas oksyproteinowy nie daje odczynów na białko: t. z. odczyn ksantoproteinowy, oraz reakcya z odczynnikiem Millona, wypadają ujemnie, nie odszczepia też siarki przy gotowaniu z ługiem. W tem zachowaniu się podobnym jest do kwasów Maly'ego.

Kwas oksyproteinowy znajduje się w obfitej ilości w prawidłowym moczu ludzkim. Okoliczność, iż nie strąca go kwas fosforowolframowy, była powodem, iż nie spostrzeżono go przy licznych określeniach azotu wykonanych z zastósowaniem tego odczynnika. Azot kw. oksyproteinowego powiększał tylko liczby, wyrażające azot mocznika. Przy oznaczeniach mocznika starą metodą Liebiga strącał się kwas oksyproteinowy wraz z mocznikiem.

Odłączywszy kw. oksyproteinowy od mocznika na podstawie nierozpuszczalności jego soli barowej w wyskoku, zdołaliśmy przez zastósowanie strącania siarkanem rtęci oraz określanie azotu w tym osadzie oznaczyć ilość kw. oksyproteinowego w moczu. Liczby otrzymane, jakkolwiek zapewne jeszcze niedokładne, wskazują najmniejszą możliwą zawartość. Całodzienny mocz psów wykazuje około 10 grm. soli barowej kwasu oksyproteinowego, mocz ludzki z 24-ech godzin 3—4 grm.

Okoliczność, iż kwas oksyproteinowy jest jednym z pierwszych wytworów rozkładu białka w organizmie zwierzęcym, pozwala przypuszczać z góry, iż wiele procesów patologicznych znajdzie wyraz w powiększonem wydzielaniu się tego związku. Znaczne powiększenie ilości jego w moczu po zatruciu fosforem zdaje się to zapowiadać. Przypomnieć tu musimy, iż w moczu prawidłowym, oprócz siarkanów alkaliowych i t. z. kwasów eterosiarkowych, znajdują się związki zawierające siarkę, o których naturze nie było dotąd najmniejszej wiadomości. Siarkę tych związków nazywano ogólnem mianem siarki obojętnej. Ta „siarka obojętna“ w znacznej części, a może i w całości, jest składnikiem kwasu oksyproteinowego.

W wielu przypadkach klinicznych spostrzeżono znaczne powiększenie ilości siarki obojętnej. Gdy zestawiliśmy je, zwróciło uwagę naszą, iż było to po większej części przy chorobach wątroby, jako to marskość wątroby, przy różnych objawach żółtaczki oraz przy raku wątroby, a więc w ogóle w przypadkach, którym towarzyszyło zakłócenie czynności wątroby. Można z góry powiedzieć, iż w tych wszystkich przypadkach należy oczekiwać powiększonego wydzielania kwasu oksyproteinowego.

[1]) Archiv. f. exp. Path. und Pharmak. Bd 37 s. 426.

[2]) St. Bondzyński and L. Zoja Ueber die Oxydation d. Eiweissstoffe mit Kaliumpermanganat Bd. XIX 226 (1894).

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Nowa tuberkulina (TR.) Kocha w leczeniu liszaja żrącego.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,
sekundaryusz I. oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Chcąc dać teraz czytelnikowi pojęcie o działaniu tuberkuliny (TR), przytoczę w skróceniu 13 historyj chorób, a głównie stan chorobowy przed i po leczeniu; tu należą jedenaście przypadków liszaja żrącego, jeden (5) gruźlicy kości ręki i skóry i jeden (13) wrzodów gruźliczych u wejścia do pochwy.

M ę ż c z y ź n i:

1. F r a n c i s z e k W., lat 15, uczeń gimnazyalny. Chory od 2 lat, był już kilkakrotnie leczonym w szpitalach; odżywienie mierne. Skóra nosa, z wyjątkiem małej przestrzeni po stronie lewej, policzek prawy aż do linii łączącej kąt ust z zewnętrznym kącikiem oka, warga górna w 2/3 częściach od strony lewej, nadto wzdłuż szczęki dolnej pas 1·5 cm. szeroki, a 5 cm. długi, są zajęte naciekiem liszaja żrącego, złożonym przeważnie z guzków różnej wielkości, pokrytym zaschłą wydzieliną, po odjęciu której widać charakterystyczne owrzodzenia, znajdujące się na szczycie guzków. Warga górna zgrubiała, naciekła, nieco wywinięta, pokryta cechującymi guzkami. Środkiem tego nacieku przebiega podłużna blizna, czerwona, nabrzmiała, a prócz tego na obwodzie powyżej opisanych zmian, pojedyncze guzki na powierzchni owrzodziałe. Dziąsła w okolicy górnych zębów siecznych okazują również wyniosłe nacieki liszaja, podobnie naciek wielkości halerza w prawym kąciku ust, przechodzący na błonę śluzową. Prawy otwór nosowy zw...ny, przegroda naciekła i zgrubiała. Gruczoły podszczękowe w postaci pakietów wymacać się dają po obu stronach szczęk.

Leczony od 12/VI do 11/IX 1897 wstrzykiwaniami TR, których zastósowano 29; ostatnia dawka 20,0 mgr. części stałych; razem TR 9·38 cm^3.

S t a n p o u k o ń c z e n i u w s t r z y k i w a ń: Na nosie i policzkach resztki płaskich nacieków, otaczających gładką, bladą bliznę. Naciek wargi górnej jak i błony śluzowej znacznie mniejszy. Gruczoły podszczękowe również zmniejszone.

2. A n t o n i S c h., lat 25. Początek choroby na palcach kończyny dolnej lewej, datuje się z przed 10 lat; od 5 lat utrzymują się zmiany w okolicy kolana lewego, a od 4 na twarzy. Chory od 10 lat leczy się prywatnie; raz przed 4 laty w szpitalu w Czerniowcach w ciągu miesiąca, drugi raz przed rokiem. Zabiegu chirurgicznego nie przebywał. Do szpitala krakowskiego przybywa poraz pierwszy. Budowa mierna, kościec wątły, w części piersiowej kręgosłupa skrzywienie ku stronie prawej; odżywienie liche, skóra i błony śluzowe blada, niedokrewna. Naciek płaski, gładki, zajmuje nos w całości, policzki aż do linii kącików zewnętrznych ócz, ku dołowi zaś aż do brzegu szczęki dolnej; warga górna w całości, dolna częściowo po stronie lewej są zajęte; tu i owdzie w obwodzie guzki owrzodziałe. Na nosie nastąpił już ubytek jego końca, skrzydełek i przegrody chrzęstnej, a pozostały brzeg nozdrzy owrzodziały w całości. Gruczoły podszczękowe łatwo macalne, na szyi po stronie lewej gromadki guzków, zlewających się ze sobą. Po bokach klatki piersiowej blizny skórne; na udzie prawem z tyłu poniżej pośladka, spostrzega się wśród blizn kilka nacieków różnej wielkości, nieco nad powierzchnię wyniosłych, miejscami owrzodziałych; podobny naciek wielkości dwóch dłoni zajmuje skórę w okolicy przedniej części stawu kolanowego lewego. Palce kończyny dolnej lewej, jakoteż skóra stopy do połowy, tak po stronie grzbietowej jak i na podeszwie, zajęte są przez naciek liszaja żrącego, tu i owdzie owrzodzeniami pokryty. Stopa cała węższa, brak palca drugiego.

Zużyto 7·11 cm^3 tuberkuliny w 50 wstrzykiwaniach od 26/IV do 28/VIII 1897; ostatnia dawka wynosiła 10,0 mgr.

Stan po leczeniu: Resztki nacieków, w postaci płaskich guzków złuszczających się, utrzymują się w otoczeniu blizn na policzkach; na wardze górnej nacieku nie ma; otoczenie nozdrzy bliznowate, owrzodzeń nigdzie nie ma, na szyi zaledwo resztki guzków; gruczoły podszczękowe zaledwo macalne. Na pośladku i około stawu kolanowego lewego nacieki mniejsze, w otoczeniu ich blizny. Na stopie naciek znacznie mniejszy, owrzodzeń nigdzie nie ma, tylko resztki guzków łuskami pokrytych.

3. Jędrzej Z., lat 15. Był już leczonym przed dwu laty; odkąd zmiany istnieją przebywa na tutejszym i laryngologicznym oddziele. Budowa wątła i kościec słabo rozwinięty: odżywienie mierne. Skóra blada, błony śluzowe w wysokim stopniu niedokrewne. Na nosie naciek zajmuje nieco przypłaszczony koniec nosa aż po kości nosowe, dalej oba skrzydełka nosowe i wargę górną ust na przestrzeni odpowiadającej odległości skrzydełek. Naciek na prawem skrzydełku nosa i wardze górnej około otworów nozdrzy owrzodziały, nierówny, zasiany guziczkami, na których szczycie widać krosty; prócz tego w otoczeniu nacieku pojedyńcze guzki. Gruczoły podszczękowe, szczególnie przy kącie szczęki, wybitnie obrzękłe, zbitości miękiej, niebolesne.

Leczenie trwało od 26/IV—28/VIII 1897; wstrzyknięto 7,08 cm³ TR w 50 wstrzykiwaniach, dochodząc do najwyższej dawki 1,0 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Tak na nosie jak i policzkach tylko resztki nacieku, w środku którego widać blade, gładkie blizny. Gruczoły podszczękowe znacznie mniejsze.

4. Dmytro M., lat 23, wyrobnik. Choroba trwa od 11 lat, leczonym był kilkakrotnie chirurgicznie i bezkrwawo; dobrze zbudowany, średnio odżywiony. Zmiany chorobowe przedstawiają się jako naciek płaski, gładki, miejscami bliznowaty, na brzegach nierówny, złożony z guzków lub też owrzodziały, zajmuje on skórę szyi na parę centymetrów poza uchem prawem, dalej muszlę uszną na tylnej powierzchni, skórę policzka od otworu usznego zewnątrz, wzdłuż brzegu szczęki; szyję — aż do obojczyka, a ku tyłowi — do zewnątrz brzegu mięśnia sutko-mostko-obojczykowego, ku środkowi zaś — aż do okolicy chrząstek krtaniowych.

Leczony 50 wstrzykiwaniami TR., w ilości 7·18 cm³, od 26/IV do 28/VIII 1897, do dawki 1,0 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na całej przestrzeni blizna zaczerwieniona jeszcze, tu i owdzie pokryta strupkami, na szyi w obwodzie dolnej granicy zaledwo resztki płaskich guzków złuszczających się. Owrzodzeń nigdzie nie ma.

5. Szlojme Sch., lat 23, bez zajęcia. Choroba trwa 2 lata, nie był leczony. Odżywienie mierne, budowa słaba. Stwierdzamy nacieki na grzbietnej stronie ręki prawej, trzech ostatnich palcach i palcu wskazującym; na powierzchni nacieków głębokie owrzodzenia; na palcu wskazującym i czwartym, przetoki sięgające do kości, wydzielające obficie ropę.

Leczenie trwało od 28/IV do 28/VIII 1897 i obejmowało 50 wstrzykiwań TR. do dawki 1,0 cm³, a w ogólnej ilości 7,09 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na palcu wskazującym tylko resztki owrzodzenia, zresztą wszędzie gładkie blizny; przetoki zagojone.

Kobiety:

6. Marya O., lat 23, wyrobnica. Chora od 5 lat; przed 3 była operowaną w Byszczu na Morawach. Otoczenie skórne otworów nosowych, tak od strony przegrody jak i skrzydełek nosowych nacieknę; naciek ten przechodzi na błonę śluzową nosa. W otoczeniu nacieku tak na policzkach jak i na wardze górnej pojedyńcze suche guzki. Na nacieku tu i owdzie owrzodzenia. Gruczoły podszczękowe po obu stronach nader wybitnie powiększone, wypukłające skórę.

Chora leczoną była od 26/IV—14/VIII, 1897, 43 wstrzykiwaniami, do dawki 4,0 mgr., a TR w ilości 3,35 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na nosie naciek więcej płaski, pojedyńcze guzki mniejsze i więcej płaskie, owrzodzenia prawie zabliźnione.

Opuściła szpital na własne żądanie.

7. Agnieszka D., lat 11, córka wyrobnika. Chora od dwóch lat, leczoną była kilkakrotnie na oddziele tutejszym. Budowa średnia, drobna, odżywienie mierne. Na szyi trzy blizny linijne po wyjęciu gruczołów chłonnych, prócz tego wymacać można powiększone gruczoły chłonne podszczękowe po obu stronach. Na policzku lewym, na skórze nosa, po stronie lewej, powyżej skrzydełka nosowego, wśród blizn, pojedyńcze guzki w skórze, strupkami pokryte. Na nosie, po stronie prawej, częściowy brak skrzydełka nosowego owrzodziały tak, że otwór nosowy prawy powiększony; w otoczeniu tegoż, jakoteż nieco wyżej ku nasadzie nosa, naciek liszaja żrącego, gładki, płaski, strupkami pokryty. Wnętrze nozdrza prawego również owrzodziałe. Na oczach: kerato coniunctivitis phlyctenulosa. W szczycie płuca prawego zagęszczenie miąższu.

Leczenie: 51 wstrzykiwań TR, od 26/IV—28/VIII, 1897, trwających, w którym to czasie otrzymała 6,62 cm³ tuberkuliny, do najwyższej dawki 8,0 mgr. cz. st.

Stan po ukończeniu leczenia: Pojedyńcze guzki na policzku, powiększone w obwodzie, ale więcej płaskie, zapadłe, gdzieniegdzie pokryte strupkami; naciek na nosie, w otoczeniu zaczerwieniony, pokryty grubym strupem. Z gruczołów podszczękowych tylko jeden po stronie prawej powiększony, po lewej gruczoły znacznie mniejsze. Sprawa płuca prawego niezmieniona.

8. Wiktorya S., lat 16, wyrobnica. Chora od 5 lat, przed rokiem była operowaną w klinice chirurgicznej; odżywienie mierne, gruczoły karkowe i podszczękowe obrzękłe, wymacalne wzdłuż brzegu szczęki po stronie prawej, gdzie też istnieje blizna po wyjęciu gruczołów. Koniec nosa nieco obrzękły; tak tu, jak i na skrzydełkach rozsiane guzki; brzeg nozdrzy i przegroda skórna pokryte grubymi strupami, z pod których sączy się ropa; w przegrodzie chrzęstnej otwór wielkości obwodu palca, wnętrze nozdrzy owrzodziałe.

Chora była leczoną wstrzykiwaniami TR, których zastosowano 42, od 12/V do 28/VIII, 1897, w ilości 6·37 cm³ TR.; najwyższa dawka wynosiła 8,0 mgr. części stałych.

Stan po ukończeniu leczenia: Owrzodzenia podgojone utrzymują się jeszcze w postaci przeczosów, pokrytych strupami, naciek na końcu nosa mniejszy, więcej płaski, pokryty strupkami; gruczoły chłonne podszczękowe prawie niezmienione.

9. Marya S., lat 18, bez zajęcia. Choruje od 10 lat, leczoną już była kilkakrotnie; została przeniesioną na oddział tutejszego szpitala z kliniki chorób skórnych, gdzie przypalono jej zmiany liszajowe żegadłem Paquelina. Budowa i odżywienie mierne. Skrzydełko nosowe prawe i koniec nosa bliznowato zaciągnięte. Na skórze nosa po stronie prawej, przechodząc na policzek prawy i wargę górną, rozciąga się naciek w bliźnie powierzchowny, strupkami pokryty, tu i owdzie owrzodziały. Również nacieknę jest wewnętrzna strona wargi górnej i dziąsła szczęki górnej. Przegroda nosowa w części chrzęstnej przebita, otwór wielkości obwodu palca małego. Na brodzie dwa nacieki złożone z guzków wielkości fasoli.

Leczenie trwało od 17/VII do 28/VIII, 1895; w 18 wstrzyknięciach podano chorej 5,93 cm³ TR.; najwyższa dawka wynosiła 1,5 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na policzku i nosie istnieje gładka, twarda blizna bez guzków, tylko na wardze górnej pod przegrodą nosową resztki paru guzków. Na brodzie także resztka nacieku gładkiego i płaskiego. Chora opuściła szpital na własne żądanie.

10. Franciszka K., lat 15, córka budnika. Choruje od 4 lat; leczona kilkakrotnie (łyżeczkowanie i przyżeganie) na tutejszym oddziele. Dobrze zbudowana i odżywiona. Pod szczęką na szyi cztery blizny po wyjęciu gruczołów chłonnych, mimo to gruczoły podszczękowe obustronnie powiększone do wielkości orzecha laskowego. Na nosie brak skrzydełka prawego, nozdrze prawe zwężone, na brzegu jego naciek drobny owrzodziały; na brzegu zaś nozdrza lewego wrzód wielkości grochu, pokryty wiotką ziarniną, wśród bliznowatego nacieku. Naciek strony prawej przechodzi na wargę górną; prócz tego, obok nacieku, jakoteż na skórze nosa, suchy guzek.

Leczenie: 51 wstrzykiwań TR, w ilości 10,55 cm³, do najwyższej dawki 2,0 cm³, od 26/IV—15/IX, 1897.

Stan po ukończeniu leczenia: Dwa guzki suche na nosie i jeden na wardze górnej; zresztą zmian nie ma. Gruczoły podszczękowe znacznie mniejsze.

11. Zofia G., lat 26, wyrobnica. Leczona kilkakrotnie na tutejszym oddziale skutkiem zmian na twarzy, trwających od 10 lat. Dobrze zbudowana, średnio odżywiona. Nosa zupełny brak; brzegi nozdrzy bliznowate, usta znacznie zwężone. Na gładyszce, policzkach i brodzie blizna. Na nasadzie nosa między oczami, na skroniach po obu stronach, na łuku brwiowym lewym, na policzkach i na brodzie, kilka grup guzków w części suchych, w części powierzchownie owrzodziałych. W lewym kąciku ust i na wardze dolnej nacieki owrzodziałe; naciek z wargi przechodzi i na dziąsła szczęki dolnej.

Leczenie trwało od 26/IV—28/VIII, 1897, w którym to czasie zrobiono 50 wstrzykiwań = 6,35 cm³ TR, do najwyższej dawki 8,0 mgr. części stałych.

Stan po ukończeniu leczenia: Skupienia guzków znacznie mniejsze, suche; dolna warga ust mniej naciekła, owrzodzenia zagojone.

12. Cecylia C., lat 19, wyrobnica. Choruje od 10 lat, leczona kilkakrotnie na tutejszym oddziale, a w roku 1890 na klinice chorób skórnych i wenerycznych, wstrzykiwaniami tuberkuliny Kocha, lecz bez skutku. Dobrze odżywiona, średnio zbudowana. Na czole między brwiami, na powiekach górnych, na całych policzkach, na skórze nosa, na skórze wargi górnej i dolnej, częściowo i na błonie śluzowej tych warg, wśród blizn, pojedyńcze lub też w większe gromadki ułożone guzki nigdzie nie owdrzodziałe. Na nosie pozostały zaledwo resztki końca jego i skrzydełek, co sprawia, że otwory nosowe są powiększone; przegroda skórna utrzymana; brzegi otworów nosowych bliznowate, a w przegrodzie chrzęstnej powstał otwór wielkości fasoli. Gruczoły podszczękowe zaledwo macalne, pod szczęką blizna po dmowych zmianach. Na udzie prawem, od tyłu, pod pośladkiem, blizna wielkości dłoni dorosłego człowieka, wśród której, szczególnie w otoczeniu, widać nierozpadłe guzki.

Leczenie trwało od 26 IV—28 VIII, 1897; wstrzyknięć było 50 = 6,65 cm³ TR.; najwyższa dawka 8,0 mgr.

Stan po ukończeniu leczenia: Pojedyńcze guzki w niewielkiej ilości wśród blizny gładkiej i bladej; wokoło ust i nozdrzy jeszcze resztki nacieków, ale bez owrzodzeń. Na pośladku guzki mało zmienione.

13. Marya D., lat 28, służąca. Choruje od 2 lat: w roku 1895 w lecie była operowana na oddziale chirurg., skutkiem wrzodu gruźliczego przy wejściu do pochwy. W pachwinie prawej jeden gruczoł obrzękły, na dotyk bolesny, zrośnięty, ze skórą miernie zaczerwienioną, w pośrodku przebitą, a z otworku sączy się skąpa ciecz surowicza; po stronie lewej gruczoły niepowiększone. W pobliżu cewki po stronie lewej owrzodzenie, wielkości korony, o brzegach nierównych, mocno nadszarpanych, dnie nierównem, pokrytem wiotką ziarniną i wypociną włóknikową. Podobne owrzodzenie, ale znacznie większe, znajduje się na wędzidle tylnem, pokryte od dołu w obwodzie przyskórkiem, szerzące się od prawego zewnętrznego brzegu w głąb pochwy; ma ono brzeg postrzępiony, mocno podminowany. Podstawa obu wrzodów lekko naciekła.

Chora była leczona wstrzykiwaniami, których zastosowano 49, przyczem użyto TR. 5,61 cm³, do najwyższej dawki 8,0 mgr., od 28 IV do 28 VIII 1897.

Stan po ukończeniu leczenia: Owrzodzenia prawie niezmienione, wrzód na wędzidle pokryty od dolnego brzegu przyskórkiem, od góry brzeg rozpadły.

Z artykułów różnych autorów, którzy już swe zdanie o nowej tuberkulinie wypowiedzieli, wyjmuję to, co stoi w ścisłym związku z ogólnem jej działaniem, lub z wynikami działania na zmiany skórne.

Bussenius[1]) potrzebował najwyżej 65, a najmniej 29 wstrzyknięć dla przeprowadzenia leczenia, podwajając dawkę od 1/500 do 20 mgr. (dla 19 chorych spotrzebował 125 cm³); wszyscy chorzy po ukończeniu leczenia nie oddziaływali na wstrzykiwanie dawnej tuberkuliny. Z objawów ogólnych występowały, obok podwyższenia ciepłoty, przypady nerwowe, znużenie i osłabienie, a czasem i obrzęk gruczołów. Rzeczywistej poprawy przy zmianach w nosie i gardle nie spostrzegał. Nie lepsze wyniki otrzymali Schultze i Bohland[2]); a Slavyk[3]), który także nie przytacza pomyślniejszych wyników, nie wyklucza przecież możebności wyleczenia i zwraca uwagę na zmniejszanie się gruczołów w wielu przypadkach u dzieci.

Wörner[4]) zaś, na podstawie otrzymanych wyników, nader zachwala działanie nowej tuberkuliny w przypadkach liszaja żrącego. Podobnie wyraża się Doutrelepont[5]), który twierdzi, że przetwór ten działa lepiej niż dawniejszy, gdyż goi szybko wrzody, usuwa guzki, zmniejsza gruczoły chłonne, chociaż wywołuje czasem objawy ogólne takie same, jakie wymieniają powyżsi autorowie. Bandach[6]) dodaje jeszcze do wymienionych objawów ogólnych ból głowy, znużenie, nudności, bóle mięśniowe, czasem bicie serca, występujące na przeciąg paru godzin w dniu wstrzykiwania. Lassar[7]) na posiedzeniu dermatologicznem w Berlinie, w dniu 6 Lipca 1897 r., wykazuje, że w żadnym przypadku gruźlicy skóry nie otrzymał wyleczenia, a we wszystkich tylko poprawę. Zaznacza niedogodność leczenia i wysoką cenę leku. Bieck (na temże posiedzeniu), z powodu krótkości doświadczeń, nie wypowiada zdania stanowczego, a tylko wskazuje na podnoszenie się ciepłoty od 38⁰—40·2⁰. Zaznacza jednak, że dotychczas nie udało się otrzymać jednakowego przetworu (gleichmässiges Praeparat), co wzywa do ostrożności w używaniu tego środka.

Z zestawionych powyżej przypadków nie mogę wprawdzie wyciągać stanowczych wniosków, a tylko to, o czem mnie dotychczasowe wyniki pouczają. Nie mogę twierdzić, że nowa tuberkulina działa pomyślniej niż dawna; mogę jednak orzec, że działa bez tak silnego odczynu ogólnego na zmiany liszaja żrącego w ten sposób, że owrzodzenia szybko się goją, a nacieki i guzki ustępują, zmniejszając się powoli, czyli, że działa pomyślnie. Nie mogę jednak zgodzić się ze zdaniem Kocha, że dawka najwyższa, o której wspomina, t. j. 20 mgr., jest jakiemś kryteryum wyleczenia, gdyż mimo braku oddziaływania na tę dawkę, zmiany jeszcze istnieją i wcale potwierdzić nie mogę, jakoby wyleczenie już nastąpiło. Co się tyczy trwałości leczenia, o tem żadnego zdania dotąd wypowiedzieć nie mogę, gdyż czas badań był za krótki, aby wolno było nawroty zupełnie wykluczyć; a wnosząc z wyników dotychczas otrzymywanych, raczej należy ich się obawiać.

W końcu jeszcze na jedną kwestyę chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na sprawę kosztów leczenia. Chociaż nowa tuberkulina jest środkiem nienależycie jeszcze zbadanym, a więc takim, który długo doświadczanym być musi, zanim, po wykazaniu dodatniego działania, wejdzie w ogólne użycie, to oddając fabrykacyę swej tuberkuliny jednej tylko fabryce w Hoechst nad M. (Meister Lucius z Brünning), Koch umożebnił fabrykantowi nałożenie wysokiej ceny, która obecnie wynosi 8·50 M. za 1 ctm³, co nader utrudnia doświadczanie tego leku. Jestem przekonany, że chcąc wypowiedzieć jakieś zdanie o nowym środku, trzeba użyć do doświadczeń większą ilość chorych, a w tym razie koszta leczenia wzrastają olbrzymio; dlatego też słusznie któryś z niemieckich autorów zauważył, że tylko dobrze wyposażone zakłady na takie doświadczenia pozwolić sobie mogą. Żaden szpital nie może rozporządzać dostatecznym funduszem na tak koszto-

[1]) Deutsch. med. Woch. 1896. 28.
[2]) D. m. W. 1897. 28.
[3]) D. m. W. 1897. 30.

[4]) D. m. W. 1897. 30.
[5]) D. m. W. 1897. Nr. 34.
[6]) D. m. W. 1897. Nr. 24.
[7]) Arch. f. Derm. u. Syph. XLI. 1.

wne nowe środki; to też musiałem czerpać z własnych zasobów, by doświadczenia z nową tuberkuliną wykonać, w końcu jednak, dla braku środków zmuszony byłem zaprzestać. A wspominam o tem dla zaznaczenia, że lek ten, nawet, gdyby skuteczność jego rzeczywiście stwierdzoną została, będzie przystępnym tylko dla ludzi zamożnych.

III. **Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.**

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Dla wyrobienia sobie własnego zdania co do wartości różnych sposobów opatrywania resztki pępowiny i co do zachowania się noworodków, u których kąpieli nie stósowano, wykonałem w ciągu roku 1896 i 1897, za łaskawem pozwoleniem WP. Prof. Dra Marsa, za co mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie, szereg prób i spostrzeżeń na materyale szkoły położnych.

Przedewszystkiem stósowałem opatrunek pępowiny ściśle aseptyczny, zakładając suchą wyjałowioną podwiązkę niciana i zawijając resztkę pępowiny w suchą watę wyjałowioną, zmienianą codziennie, przy czem kąpieli nie stósowano. Pępowina oddzielała się przeciętnie w 5·8 dniu, najpóźniej w 8-ym, najwcześniej w 3-cim dniu.

Oddzielenie się pępowiny u noworodków niedonoszonych zwykle następowało nieco później, aniżeli u donoszonych. Na 50 przypadków, tym sposobem opatrywanych, spostrzegano nieprawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej 11 razy, a zatem w 22% przypadków.

W innych 50 przypadkach stósowałem, po podwiązaniu pępowiny tasiemką nicianą, codziennie raz jeden kąpiele i opatrunek z suchej waty wyjałowionej, zmieniany raz jeden po kąpieli. Pępowina oddzielała się przeciętnie w 5·5 dniu, najpóźniej w 8, najwcześniej po 3 dniu. Nieprawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano 17 razy, to jest w 34% przypadków.

A zatem przy stósowaniu kąpieli oddzielała się pępowina nieco wcześniej, jednak prawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej miało miejsce tylko w 66% wszystkich przypadków, podczas gdy przy stósowaniu takiego samego opatrunku resztki pępowiny i nie stósowaniu kąpieli, prawidłowe usychanie resztki pępowiny i gojenie się rany pępkowej następowało w 78% przypadków.

Zatem postępowanie bezgnilne przy opatrywaniu resztki pępowiny i rany pępkowej nie dało wyniku zupełnie zadawalniającego. Gdy nadto zwrócimy uwagę na okoliczność, że ścisłe postępowanie bezgnilne wymaga wielkiej wprawy i najdrobniejsze uchybienie sprowadzić może niepożądane następstwa, to przyznać musimy, że stósowanie postępowania ściśle bezgnilnego przy opatrywaniu pępowiny jest w praktyce bardzo trudnem do przeprowadzenia.

Ponieważ pielęgnowaniem noworodków zajmują się przeważnie położne, które równocześnie muszą posługiwać i pielęgnować położnice, a więc stykają się ciągle z odchodami połogowymi i mają równocześnie opatrywać resztkę pępowiny i ranę pępkową, przeto do opatrywania pępowiny nadaje się, mojem zdaniem, postępowanie niewymagające tak ścisłej i bezwzględnej czystości, która w rzeczywistości tylko wyjątkowo w praktyce daje się przeprowadzić, a więc postępowanie nie bez, lecz przeciwgnilne. Oprócz tego opatrywanie pępowiny powinno być jaknajprostszem, niewymagającem wielkiej wprawy tak, aby dla najszerszych kół, zajmujących się pielęgnowaniem noworodków, było łatwo dostępnem. Z tego powodu najodpowiedniejszem wydało mi się stósowanie do opatrywania pępowiny różnych zasypek, posiadających własności przeciwgnilne.

W tym celu zalecił już Fehling mięszaninę skrobi z kw. salicylowym, inni polecają kwas borowy, bismut, garbnik, jodoform itd. Środki te jednak, dłuższy czas stosowane, zbyt często wywołują wyprysk, a nawet nadżerki w okolicy pierścienia skórnego pępka, a nadto, stósowane w większej ilości, mogą sprowadzić zatrucie, jak to bywa n. p. z jodoformem. Na podstawie moich spostrzeżeń polecił w ostatnich czasach Gaszyński[1]) do opatrywania pępowiny airol, jako środek przeciwgnilny i posiadający własności wysuszające. Pępowina, opatrywana airolem, oddzielała się przeciętnie w 5·78 dniach; odczyn na granicy pierścienia skórnego był bardzo słaby. Jedno można zarzucić przeciwko stosowaniu airolu, że w zetknięciu z wydzieliną wyzwala jod, który obok działania silnie przeciwgnilnego, łatwo ulega wessaniu i sprowadzić może zatrucie jodem; nie można zatem airolu oddać w ręce położnej bez ciągłego nad nią nadzoru lekarza.

Do opatrywania pępowiny najodpowiedniejszym byłby lek, który posiadałby własności przeciwgnilne i osuszające, nie ulegał łatwo rozkładowi, a zastósowany nawet w wielkiej ilości, nie sprowadzał zatrucia. Z tego powodu najodpowiedniejszym wydał mi się dermatol, polecany już przedtem (Schrader[2]), Switalski[3])) do opatrywania resztki pępowiny w razie wystąpienia gnicia. Wprawdzie dermatol nie posiada silnych własności przeciwgnilnych, a nawet według Schmidta[4]), są one, badane na sztucznych pożywkach, bardzo niewielkie, bez zetknięcia się z tkankami; jednak w praktyce okazał się lepszym od dwu innych środków, które również do opatrywania resztki pępowiny stósowałem, mianowicie kseroformu i amyloformu. Nie chcąc dłużej zastanawiać się nad działaniem dwu ostatnich zasypek, wspomnę tylko, że stosując je w kilkudziesięciu przypadkach do opatrywania resztki pępowiny, wcale nie zauważyłem zbyt wybitnego, a w każdym razie korzystniejszego działania na sprawę usychania pępowiny, aniżeli po stósowaniu dermatolu; nadto amyloform łatwo się rozkłada, a właściwie wietrzeje, a kseroform, uwalniając w znacznej ilości brom, zastósowany w większej ilości, mógłby sprowadzić zatrucie. Natomiast muszę dodać, że zastósowany na ranę pępkową tak amyloform jako też kseroform, po oddzieleniu się pępowiny, przyśpieszał zabliźnienie się, co przedewszystkiem w przypadkach nieprawidłowego oddzielania się pępowiny

[1]) Gaszyński. Medycyna Nr. 34 i 35 — 1896.
[2]) Schrader Centralblatt für Gynäkolog. Nr. 46 — 1894.
[3]) Switalski. Przegląd lekarski Nr. 18 — 1893.
[4]) Schmidt. Centralblatt f. Bacteriolog. 1897. T. 22.

i gojenia się rany pępkowej wyraźnie można było spostrzegać.

Tu wspomnę także, że dermatol, jako połączenie stałe, nawet w wysokiej ciepłocie rozkładowi nie ulega i może być dlatego przez ogrzanie ściśle wyjałowionym, zanim go użyjemy do opatrywania resztki pępowiny.

Sposób opatrywania resztki pępowiny, stósowany w przeciągu kilku miesięcy, u wszystkich noworodków bez wyboru, był następujący:

Po oczyszczeniu powierzchni ciała z mazi i po pierwszej kąpieli osuszano starannie noworodka. Następnie oczyszczano dokładnie, z zachowaniem przepisów postępowania przeciwgnilnego, okolicę pępkową i pępowinę wacikami, napojonymi 1$^0/_{00}$ roztworem sublimatu, poczem osuszano wacikami wyjałowionymi pępowinę i okolicę pępkową, a po założeniu na pępowinie podwiązki z kauczukowego, elastycznego, przedtem wyjałowionego sznureczka, grubego około $1^1/_2$ milimetra, w odległości 5—6 milimetrów od pierścienia skórnego, odcinano resztkę pępowiny na kilka milimetrów powyżej elastycznej podwiązki. W ten sposób pozostawiono małą tylko resztkę pępowiny na 1, a najwięcej na $1^1/_2$ ctm. długą, licząc od pierścienia skórnego. Tę resztkę pępowiny otaczano na około warstwą waty suchej, wyjałowionej, w pewnej odległości od resztki pępowiny tak, że wata tworzyła jakoby pierścień lub wałek około 1 ctm. wysoki na około resztki pępowiny. W ten sposób pomiędzy pierścieniem z waty a resztką pępowiny i okolicą pierścienia skórnego pozostawała przestrzeń wolna, w którą nasypywano dermatolu w sporej ilości tak, aby całkowicie przykrył i otoczył do okoła resztkę pępowiny; na to wszystko kładziono warstwę waty wyjałowionej, suchej i przymocowywano zwykłym napępnikiem płóciennym. Ponieważ, oprócz pierwszej, wcale nie stósowano kąpieli, przeto opatrunek taki bez zmiany pozostawiano przez 24 godzin i tylko w razie potrzeby, to jest zanieczyszczenia, zmieniano sam napępnik. Następnie co 24 godzin zmieniano opatrunek, usuwano watę, o ile możności nie dotykając się wcale bezpośrednio rękami resztki pępowiny, zakładano nową watę wyjałowioną w ten sam sposób i zasypywano na nowo obficie dermatolem. Przy zmianie opatrunku unikano wszelkiego bezpośredniego zetknięcia się, wszelkich ruchów resztką pępowiny, nie usuwano nawet wcale dermatolu, który osłaniał i przylegał do resztki pępowiny, lecz posypywano nową warstwę. Przy tem opatrywaniu należy koniecznie zwrócić uwagę, aby wata i dermatol były zupełnie suche.

Już przy zmianie pierwszego opatrunku zauważyć można, że resztka pępowiny jest na pół suchą; po 48 godzinach zazwyczaj jest zupełnie suchą i twardą, a w okolicy pierścienia skórnego występuje odczyn, który z reguły nie występuje nigdy w takiem nasileniu, w jakiem spostrzegać go można przy zwykłym sposobie opatrywania. Bardzo rzadko występuje tylko nieznaczny, ledwie dostrzegalny, rąbek różowy na około pierścienia skórnego, który ustępuje w przeciągu bardzo krótkiego czasu. Po kilku dniach będzie zwykle resztka pępowiny zupełnie oddzieloną, jako suchy i twardy kikut. Wtedy wacikiem suchym i wyjałowionym usuwano w razie potrzeby wydzielinę, zasypywano obficie dermatolem powierzchnię granulacyjną, która z reguły była bardzo mała, przykrywano warstwą suchej waty sterylizowanej i zakładano napępnik. W ten sposób zmieniano codziennie opatrunek aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, co zazwyczaj w dwa, a najdłużej trzy dni po oddzieleniu się resztki pępowiny następowało.

Podwiązkę z kauczukowego sznureczka zakładano na pępowinie w dwojaki sposób. Albo tak jak przy podwiązywaniu tasiemką nicianą, to jest że po ułożeniu pępowiny na sznureczku 10—12 ctm. długim, zawęźlano go raz jeden, zaciskając i rozciągając zwolna, stopniowo, a następnie otaczano po raz drugi pępowinę sznureczkiem i po przeciwnej stronie zawęźlano dwa razy, a końce ucinano na $^1/_2$ ctm. od węzła, albo też w sposób stósowany przez Credégo i Webera[1], polegający na tem, że sznureczek kauczukowy, około 20 ctm. długi, składa się podwójnie, poczem układa się na nim pępowinę i oba końce sznureczka razem przeprowadza się przez pętlę, powstałą skutkiem podwójnego złożenia; wtedy, pociągając za oba końce w kierunku przeciwnym, zaciskamy powoli założoną pętlę, następnie krzyżując końce sznureczka i przeprowadzając je w przeciwnych kierunkach, otaczamy na około pępowinę, robiąc raz jeden każdym końcem pół obrotu, poczem oba końce sznureczka zawęźla się podwójnie i ucina. Nigdy nie zauważyłem rozluźnienia się podwiązki, ani też pęknięcia sznureczka, nie spostrzegałem również nigdy przecinania sznureczkiem kauczukowym nawet bardzo tłustych pępowin, tak jak się to często przydarza przy podwiązywaniu jedwabnym sznureczkiem lub też tasiemką; nie było też wypadku krwawienia z pępowiny, podwiązanej w ten sposób. Przekonałem się następnie, że niekoniecznie należy używać na 2 milimetry grubych kauczukowych sznureczków, tak jak to polecają; wystarcza zupełnie sznureczek przeszło 1 do $1^1/_2$ milimetra gruby, który łatwiej się daje założyć i lepiej zacisnąć.

W ten sposób opatrywano resztkę pępowiny u 200 noworodków. Ponieważ długie wyliczanie nie miałoby celu, przeto ograniczę się tylko do zestawienia ostatecznych wyników. I tak, u 169 noworodków donoszonych, pochodzących od pierwiastek i wieloródek, oddzielała się resztka pępowiny w 7 przypadkach, t. j. w 4.1%, najpóźniej po 8 dniach, w 23 przypadkach, to jest w 13·6%, najwcześniej w 3 dniach; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·6 dniach. Nieprawidłowe oddzielenie się resztki pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano 11 razy, to jest w 6·5% przypadków.

U 31 noworodków niedonoszonych, pochodzących tak z pierwiastek jako też i wieloródek, oddzielała się resztka pępowiny najpóźniej w 9 dniu i to w jednym przypadku, to jest w 3·2%, najwcześniej zaś w 4 przypadkach, to jest w 12·9% po 3 dniach; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·8 dniach. Nieprawidłowe oddzielanie się pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano dwa razy, to jest w 6·4% przypadków. W porównaniu z noworodkami donoszonymi zauważyć tylko można, że oddzielenie się resztki pępowiny następowało u noworodków niedonoszonych nieco później, zresztą prawie żadnej różnicy w zachowaniu się resztki pępowiny nie spostrzeżono. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę pełną liczbę 200 noworodków, to zobaczymy, że przy stósowaniu opatrunku na resztkę pępowiny w sposób powyżej podany, oddzielenie się pępowiny następowało przeciętnie w 4.65 dniach, a nieprawidłowe oddzielenie

[1]) Credé i Weber. Archiv. f. Gynäk. Bd. XXIII. Heft I.

się tej resztki i gojenie się rany pępkowej wystąpiło ogółem w 13 przypadkach, to jest w 6·5% wszystkich przypadków.

We wszystkich przypadkach wystąpiło prawidłowe usychanie czyli zgorzel sucha resztki pępowiny; a jeżeli mówiłem o nieprawidłowem oddzielaniu się resztki pępowiny, to miałem na myśli występowanie większej ilości wydzieliny i znaczniejszego odczynu w miejscu pierścienia skórnego, poczem zazwyczaj pozostawała znaczniejsza powierzchnia granulacyjna.

Tu zauważyć należy, że w największej liczbie przypadków powstawała, po oddzieleniu się resztki pępowiny, bardzo mała powierzchnia granulacyjna, która zazwyczaj po dwóch dniach zupełnie się zabliźniała tak, że przeciętnie zabliźnienie się następowało w siódmym dniu.

(Dokończenie nastąpi).

IV Oceny i sprawozdania.

Uwagi do artykułu kol. Kośmińskiego: **„W sprawie pielęgnowania noworodków“.** (Przegląd lekarski Nr. 1).

W mojej pracy: „Ochronne postępowanie w położnictwie“, w ustępie o aseptyce noworodka, podjąłem pierwszy u nas walkę przeciw bezmyślnemu, ze szkodą noworodków polecanemu wymywaniu ust, jako jedynej przyczynie powstawania pleśniawek i to dlatego, że wieloletnie doświadczenie pouczyło mnie, iż pleśniawki nigdy nie powstawały u noworodków, których jama ust, prócz czystej brodawki karmicielki, z niczem innem się nie stykała. Wymywanie bowiem, a raczej wycieranie jamy ustnej, w znacznym stopniu przekrwionej sprawą ssania, może mieć jedynie ten skutek, że pozbawia błonę śluzową najważniejszej ochrony, tj. przybłonka i równocześnie zaszczepia drobnoustroje. Innej przyczyny powstawania pleśniawek, jak z zakażenia od zewnątrz (exoinfectio), nie znam. Że pleśnica biaława (oidium albicans) może się do jamy ustnej dostać i bez szmatki, temu nie przeczę: jeżeli to jednak nastąpiło, to uwzględniwszy liczne zaułki w jamie ust, usiłowania usunięcia jej zapomocą szmatki nie mogą mieć innego skutku, jak ułatwienie jej zaszczepienia się w miejscach pozbawionych przybłonka, przez czynność wycierania.

Kol. Kośmiński tylko warunkowo się zgadza na te zasady i twierdzi, że: „u noworodków słabo rozwiniętych, niedonoszonych lub chorych, można często pomimo tego stwierdzić zaleganie pokarmu i w takich przypadkach wymywanie jamy ust, odpowiednio wykonywane, może być z korzyścią stosowane“.

Sądzę, że, jeżeli Szanowny autor zna takie „odpowiednie wykonywanie“ wymywania jamy ust, to powinien był nam go udzielić. Za takie bowiem nie mogę uważać użycia 2% roztworu karbolu, gdyż nigdybym go, jako trującego nie użył i używać nie pozwolił, choćby z obawy garbującego działania na delikatny przybłonek i następowego złuszczania się go[1]). Jeżeli zaś Szan. autor nic innego nie miał na myśli jak znowu wymywanie zapomocą szmatki i wody, to w ten sposób łatwiej zaszczepi pleśniawki u dzieci wątłych i niedonoszonych, niż u dobrze rozwiniętych.

W innem miejscu artykułu kol. K. znajdujemy zdanie następujące: „skutkiem ciągłego przechodzenia pokarmu przez jamę ust, pokarm ten może zalegać w zaułkach pomiędzy fałdami, ulegając łatwo kiśnieniu. Kiśnienie takie w jamie ustnej nie jest wcale dla noworodka obojętne, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia, a dalej wiemy, że sprzyja bardzo rozwojowi pleśniawek, choroby tak częstej w pierwszych tygodniach życia.“

Ustęp ten zawiera same, kategorycznie wypowiedziane twierdzenia, z których ani jedno nie jest udowodnione. Najpierw bowiem nie wiemy, jak długo może pokarm w jamie ust zalegać, następnie nie udowodnił kol. K., czy rzeczywiście ta zalegająca odrobina kiśnie, nie badał jej na drobnoustroje, czy je zawiera i jakie i niczem nie wykazał w jaki sposób sprzyja ona rozwojowi pleśniawek. Prawda zatem, która jest ostatecznym celem każdego badania, na tym wywodzie kol. K. nic nie zyskała, a to dlatego, że mu zbywa podstawy umiejętnego badania.

Kol. K. twierdzi, że resztka zalegającego w jamie ust pokarmu, może przez kiśnienie (którego nie udowodnił) sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia.

Chemizm trawienia u noworodków jest jeszcze bardzo mało znany; lecz tyle o nim wiemy, że nawet czczy żołądek noworodków zawiera znaczne ilości wolnego HCl. (Leo), który wszelkie drobnoustroje najgruntowniej niszczy. — Większa część mleka w bardzo krótkim czasie dostaje się z żołądka do kiszek i dlatego Leo uważa żołądek noworodka za rezerwoar tylko i za aparat desinfekcyjny dla mleka. Że w razie nadużycia tego rezerwoaru może on nie dostarczać takiej ilości HCl., któraby do tej desinfekcyi wystarczyła, to zdaje się być prawdopodobnem. Całkiem jednak nieusprawiedliwionem jest twierdzenie, że bardzo znaczna siła odrażająca soku żołądkowego nie wystarczy na zniszczenie drobnoustrojów kisnącej odrobiny mleka, zalegającego w ustach, gdy ani tego kiśnienia, ani też drobnoustrojów się nie udowodniło.

Muszę bowiem przypuszczać, że kol. K, tak rzecz pojmuje, gdy wspomina o poważnych zaburzeniach w chemizmie trawienia. Może ja nie mam racyi i może mię kol. K. kiedyś przekona rezultatami jakiegoś przyszłego badania na umiejętnej podstawie przeprowadzonego, a wówczas sam pouczony, będę prawdziwie rad z tego.

Dr. W. Bylicki.

Na „Uwagi“ Dra Bylickiego nadesłał Dr. Kośmiński następującą odpowiedź:

Hołdując zasadzie „suum cuique“, pospieszam z oświadczeniem, że Dr. Bylicki w swej pracy „Ochronne postępowanie w położnictwie“ rzeczywiście wypowiedział kategorycznie zdanie, potępiające wymywanie jamy ustnej u noworodków. Przyznając słuszność Drowi Bylickiemu, że on w swej rozprawie „pierwszy u nas“ wystąpił przeciw wymywaniu ust u noworodków, muszę oskarżyć siebie, że nie uważałem tego za fakt pierwszorzędnej doniosłości, ażeby, z nieumyślnego niezaznaczenia tego pierwszeństwa „u nas“ wyniknąć miało naruszenie praw posiadania literackiego Dra Bylickiego, a to tem więcej, że o ile mnie wiadomo, pierwszym, który wystąpił przeciw szablonowemu wymywaniu jamy ustnej u noworodków był Epstein[1]), a następnie Fischl[2]), v. Engel[3]), Baum[4]) itd., podczas gdy Dr. Bylicki ogłosił swą pracę w r. 1896.

Co do zarzutów rzeczowych, to ze względu na zwyczaje polemiki literackiej, przystoi mi co najmniej wstrzymać się z odpowiedzią, aż artykuł mój w całości ogłoszonym w *Przeglądzie lekarskim* zostanie. Wszak w miarę postępu druku mogą nasunąć się Drowi Bylickiemu jeszcze inne uwagi krytyczne, a w takim razie odpowiedziałbym zbiorowo na wszystkie zarzuty, uczynione całej mej pracy, a nie tylko jej części wstępnej.

Dr. Kośmiński.

[1]) Bezstronność nakazuje tu zaznaczyć, że w artykule kol. Kośmińskiego o karbolu mowy niema. (Red.)

[1]) Epstein: Prager med. Wochenschrift. 1884. Nr. 13. 14. 16.
[2]) Fischl: Prager med. Wochenschrift. 1886. Nr. 41.
[3]) v. Engel: Wiener med. Presse 1888. Nr. 8. 9.
[4]) Baum: Berliner klin. Wochenschrift 1891. Nr. 34.

V. Wyciągi.

Dr. Hallopeau: **Znaczenie toksyn w dermatologii.** (*Wien. med. Presse*, 1897, 42). Działanie toksyn zależy od trzech czynników: od przyczyny chorobowej, od podłoża, które osobnik przedstawia i od stanu osobnika, w jakim się znajduje w chwili działania jadu. Toksyny mogą się rozwijać zewnątrz i wewnątrz ustroju; to też rozdzielić je należy na zewnętrzne, wewnętrzne i drobnoustrojowe, częściowo przez drobnoustroje, częścią przez komórki ciała wytworzone. Zmiany w skórze, jak rumień, obrzęk, pęcherz, krosta, przeczos, nawet szersze zapalenie skóry, powstają często przez działanie toksyn zewnętrznych, przy ugryzieniu owadów, wężów, albo przy spożyciu ryb, raków, owoców, a nawet dotknięciu cantharides. Podobne zmiany sprowadzają ustroje roślinne, szczególnie grzybki i pleśnie, przez wytwarzane przez się toksyny.

Wewnętrzne toksyny mogą pochodzić z czynności komórek ustroju, czy to przez wzmożoną czynność, czy też upośledzenie komórek wydzielniczych. Znamy różne tego rodzaju zmiany skóry: przy zatrzymaniu żółci (żółtaczka z świerzbiączką), przy moczówce cukrowej (czyraki, świerzbienie, zgorzel), przy zatrzymaniu moczu (rumień, pokrzywka), przy nadmiernem wydzielaniu potu (wyprysk), przy skazie moczanowej.

Głównem miejscem wytwarzania się toksyn drobnoustrojowych jest przewód pokarmowy, w którym tak liczne bakterye żyją, nie wyrządzające w prawidłowych warunkach żadnej szkody ustrojowi, gdyż przybłonek przewodu pokarmowego chroni od wchłaniania się jadu. Przy uszkodzeniu jednak przybłonka, lub gdy ilość jadu znacznie się wzmoże, łatwo może przyjść do zakażenia. Tem się tłómaczą różne wysypki na skórze przy zboczeniach przewodu pokarmowego. Podobnie widzimy zmiany skórne przy zmianach czynnościowych wątroby, której zadaniem jest pochłanianie wytwarzanych w ustroju toksyn.

Wreszcie wielkie dla dermatologii znaczenie mają toksyny chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Zmiany skórne przy tych chorobach powstają albo w miejscu ich usadowienia, jak gruźlica skóry, kłykciny, trądzik, czyraki, lub zdala od siedzib bakteryj, jak przy róży i sprawach ropnych. W innych sprawach znowu polegają zmiany skórne na uogólnieniu się jadu, jak przy dławcu, rzeżączce, durze, cholerze, gośccu. Autor, zwracając uwagę na znaczenie tej sprawy, dodaje, że patolodzy i chemicy mają w tej, mało jeszcze zbadanej, dziedzinie prawdziwe pole do popisu.

F. K.

Below: **Czarnomocz (melanurya), sztuczny wytwór soli chininowych** (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 46). Autor przebywał przez $1^1/_2$ roku w Matamoros (na granicy Meksyku i Teksas), następnie w stolicy Meksyku, skąd robił dosyć dalekie wycieczki, miał więc sposobność zapoznać się z chorobami „aklimatyzacyjnemi“. Rozmaite postacie tych chorób starano się oddawna, mianowicie ze strony lekarzy świeżo przybywających, wyróżnić, jako osobne jednostki chorobowe. Co jednak w jednej epidemii, lub jednej miejscowości, wydaje się ściśle określonym obrazem, to traci tę cechę, gdy się pozna większą ilość przypadków różnego pochodzenia. Według autora usprawiedliwiony jest zatem podział jedynie na dwie wielkie gromady chorobowe: zimnicy i żółtej gorączki. Pierwsza odznacza się obrzękiem śledziony, skutecznością chininy, przerywaną gorączką, brakiem żółtaczki, brakiem odchodów krwawych i podatnością na chorobę wszystkich szczepów ludzkich; druga brakiem obrzęku śledziony, bezskutecznością leczenia chinowego, brakiem typowej krzywej gorączkowej, zato obecnością żółtaczki i odchodów krwawych, wreszcie odpornością na zakażenie murzynów. Według nasilenia choroby można w niej postawić 3 wzory chorobowe: *febris biliosa* (Berenger), melanurya, jeżeli ją wogóle można uważać za osobny obraz chorobowy, i *vomito*. Podział ten odpowiadałby następującym stopniom przy zimnicy: *intermittens, remittens* i *pernitiosa*. Obok zakaźnej gorączki żółtej należałoby przyjąć przypadki niezakaźne, pozostające do zakaźnych w tym stosunku, co cholera swojska do azyatyckiej.

Nad zatoką meksykańską obie te gromady są rozmaicie rozmieszczone, a ich zakresy stykają się ze sobą właśnie w Matamoros. Zimnica zajmuje północne wybrzeża zatoki: Luizyanę, Teksas i niziny nad Missisipi, żółta gorączka — brzegi zachodnie południowe i wschodnie: Meksyk, Jukatan, Kubę i Florydę.

Co do czarnomoczu, to autor zwraca uwagę, że Dämpfkopf, lekarz z Friedrich Wilhelms Hafen na N. Gwinei, widywał w owych okolicach, nie nawiedzonych przez żółtą gorączkę czarnomocz (13 przypadków) jedynie w kilka godzin po przyjęciu znaczniejszych dawek chininy; z drugiej strony Heinemann, praktykujący od 30 lat w Vera Cruz, zatem w okolicy z żółtą gorączką spotykał się z gorączką czarnomoczową (Schwarzwasserfieber) bardzo rzadko, bo tam ludzie instynktowo uchylają się od używania chininy, gdyż ta przy żółtej gorączce nietylko nie jest pomocną, ale raczej szkodliwą. Wreszcie z roczników Haspera i Hirscha wynikałoby, że czarnomocz znany jest dopiero od wprowadzenia soli chinowych do handlu. *Lewkowicz.*

Dr. W. Collan: **O patogenezie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** (*W. klin. Woch.*, 1897, 48). Przyczyna powstawania tego cierpienia nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnioną; jedni za przyczynę uważają jad rzeżączkowy, inni przeczą temu. Pierwsze przypadki, udowadniające, że sam jad rzeżączkowy jest przyczyną zapalenia powyższego, podali Rontier (1895) i Grosz (1897), obecnie autor nakłuciem wydobył płyn surowiczy z przyjądrza, z którego wychodował niedające się zaprzeczyć gonokoki. *F. K.*

Dr. W. Sterling: **Kazuistyka kiły późnej.** (*Arch. f. Derm u. Syph.*, T. 41, Z. 3). Autor zestawia przypadki kiły późnej, spostrzegane i leczone na oddziale Dr. Elsenberga w Warszawie, których ilość wynosi pokaźną liczbę 811. Stosunek tych chorych do przypadków kiły wczesnej, zwraca na siebie uwagę, gdyż podczas gdy u różnych autorów odsetek przypadków kiły trzeciorzędnej wynosi od 7 do 15, to w szpitalu żydowskim w Warszawie wynosi 45%. Nadmierny ten odsetek tłómaczy S. tem, że szpitalni chorzy pochodzą z dalekich nawet okolic i należą do najuboższej klasy ludności, która na leczenie nie ma ni czasu, ni środków materyalnych. Ciekawą również jest częstość zmian kiłowych późnych w kościach, czego autor wytłómaczyć nie umie. W końcu tego pouczającego zestawienia przytacza S. kilka ciekawszych i rzadszych przypadków tego cierpienia.

F. K.

Stadelmann (Berlin): **O nakłóciu lędźwiowem na podstawie klinicznych spostrzeżeń.** (*Deutsch. med. Woch.* 1897: Nr. 47.) Na podstawie doświadczenia zdobytego na mniej więcej stu przypadkach, przeważnie u osób dorosłych, twierdzi autor, że nakłócie lędźwiowe nie ma żadnej wartości leczniczej. W przypadkach guzów mózgowych, gdzie tyle się po niem spodziewano, nakłócie nietylko nie działa korzystnie na objawy uciskowe: bóle głowy, wymioty itd., ale przeciwnie może wywołać pogorszenie przypadków, a nawet nagłą śmierć. Jeszcze niebezpieczniejszem jest jego zastósowanie przeciw objawom uciskowym przy krwotoku mózgowym, może ono bowiem być powodem ponownego krwotoku, a w jednym przypadku autora stało się w ten sposób bezpośrednią przyczyną śmierci.

Co do znaczenia rozpoznawczego, to jest ono wielkie, ale nie należy go przeceniać. Wartość ma tutaj mianowicie wynik tylko dodatni. W razie wykazania prątków gruźliczych, ziarniaka śródkomórkowego, ziarniaków (koków) zapalenia płuc, gronkowców, lub paciorkowców ropnych, rozpoznanie staje się zupełnie pewnem. Badać należy zaraz po nakłóciu w barwionym preparacie, lub kropli wiszącej, a założenie hodowli nie wystarcza, gdyż prątki mogły w płynie utracić żywotność.

Jeżeli się prątków nie znajdzie, to odpowiedniego zapalenia wykluczyć nie można. Przy zapaleniu gruźliczem znajdował np. autor prątki tylko w 20% przypadków. Bo też gruzełki na oponach mogą wogóle nie uledz rozpadowi, mogą się znajdować głębiej pod powierzchnią lub być tak drobne, że tylko badanie drobnowidowe wykazuje je około naczyń. Ale nawet w razie rozpadu gruzełków wynik badania nie zawsze będzie dodatni. W stosunkach prawidłowych istnieją wprawdzie połaczenia przestrzeni podpajęczej, którą nakłówamy, przez otwór Magendiego i otwory boczne z 4 komorą, a z tego przez przewód Sylwiusza z komorą trzecią i bocznemi, ale połączenia te łatwo mogą być zatkane, lub zlepione, a także ciągłość przestrzeni podpajęczej może być przez wypocinę galaretowatą przerwaną. Wreszcie i o tem należy pamiętać, że przy nakłóciu możemy trafić do przestrzeni podtwardówkowej, jeżeli ona wyjątkowo wypełniona jest płynem, a ta z przestrzenią podpajęczą się nie łączy.

Z tych samych przyczyn może także i ciśnienie okazać się przy nakłóciu nie podniesionem, chociaż później przy badaniu pośmiertnem znajdujemy ślady ucisku mózgowego.

Znaczniejsza zawartość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym świadczy o sprawie zapalnej na oponach, ale może się także zdarzyć przy guzie mózgowym.

Wielkie praktyczne znaczenie może mieć nakłócie w przypadkach ropni mózgowych, ale tylko w jednym kierunku. Jeżeli znajdziemy ciecz ropną, to wtedy z powodu towarzyszącego zapalenia opon zabieg operacyjny nie będzie wskazany. W obu zaś kierunkach, dodatnim i ujemnym, można według doświadczenia autora polegać na wyniku nakłócia, jeżeli chodzi o stwierdzenie, czy u nieprzytomnego pijaka z obłędem opilczym istnieje złamanie czaszki (ciecz mętna, krwawa, drobnoustroje). *Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy okręgowych.

W numerze 51 „Przegl. lek.“ umieścił pan inspektor szpitali, Dr. Jan Stella Sawicki, artykuł p. t. „Okręgi sanitarne“, a to, jak w końcowym ustępie powiada, w celu wywołania dyskusyi w tej tak ważnej oraz i kosztownej sprawie.

Ponieważ zapatrywania moje na instytucyę lekarzy okręgowych różnią się bardzo od zapatrywań Dr. S., to jakkolwiek prawdopodobnie będę miał sposobność wypowiedzieć moje zdanie w ankiecie, którą niezawodnie Wydział kraj. dla tej sprawy powoła, nie mogę artykułu Dra Saw. pozostawić bez odpowiedzi z obawy, aby ci Szan. Koledzy, którzy nie mogą sprawy znać dokładnie, nie nabrali tego samego przekonania, jakie wygłasza Dr. Sawicki.

Zaznaczam, co już na ankiecie w sprawie akuszerek gminnych w dniu 6 paźdz. 1897 r. podniosłem, że ustawa o organizacyi służby zdrowia w gminach z 2 lutego 1891, jako kompromisowa, nie może wszystkich zadowolnić; ma ona pewne braki, ale braki te zdaniem mojem leżą raczej w sposobie wykonania ustawy, jak w niej samej. W tem się zgadzam z p. inspektorem szpitali, że instytucya lekarzy okręgowych nie jest powszechnie przez ludność pożądaną, że nie wszyscy lekarze okręg. zdobyli sobie takie uznanie, jak potrzeba i jak sobie tego życzyć należy i że w tej formie, — jak instytucya ta obecnie istnieje, — nie przynosi spodziewanych korzyści krajowi.

Zanim jednak przejdę do omówienia zarzutów podniesionych przez Dra Saw. przeciw instytucyi lekarzy okręgowych, muszę sprostować niektóre mylne daty, przytoczone przez autora, niektóre zaś ustępy w jego artykule w innem świetle przedstawić.

I tak mylne jest twierdzenie Dra Saw., jakoby Galicya traciła rok rocznie na choroby zakaźne 80.000 ludzi, czyli 30% zmarłych. W ostatnich dwudziestu pięciu latach najwyższa liczba była w r. 1772 68941, najniższa w roku 1893, bo tylko 48805, czyli w pierwszym 30·8‰ zmarłych, a 11·3‰ ludności, w drugim 24·5‰ zmarłych, a 7·1‰ ludności.

Dalej mylnem jest twierdzenie Dra Saw. jakoby 2-go lutego 1896 minęło sześć lat od ustanowienia organizacyi służby zdrowia w gminach. Po wejściu w życie ustawy z 2 lutego 1891 r., pierwszych 14 okręgów zostało przez Sejm krajowy zezwolonych dopiero na posiedzeniu 30 marca 1892; druga serya 29 okręgów uchwaloną została 10 maja 1893 r. W r. 1894 i 1895 nie pomnażano wcale liczby okręgów; dopiero w styczniu 1896 uchwalił Sejm kredyt na dalszych 23, a w grudniu tego samego roku — na rok 1897 na dalszych 20 okręgów.

Otóż jeźli się zważy, że od uchwały Sejmowej do objęcia posad lekarzy upłynęło zawsze co najmniej pół roku, przychodzimy do wniosku, że wprawdzie ustawa obowiązuje obecnie już od lat siedmiu, że jednak organizacya w pierwszych latach tylko powolnie postępowała tak, że dopiero od połowy r. 1896 mamy więcej, niż 50 okręgów, a w końcu roku 1897 zaledwie piątą część całej ilości okręgów dla kraju potrzebnych.

Także mylnem jest twierdzenie Dra Saw., jakoby instytucya lekarzy okręgowych wymagała rocznego wydatku 100.000 złr. Pominąwszy okoliczność, że czytający artykuł Dra Saw. może nabrać przekonania, jakoby od lat sześciu kraj wydawał na lekarzy okręgowych rok rocznie kwotę stu tysięcy, które to przekonanie w obec powyżej opisanego powolnego i stopniowego kreowania posad lekarzy okr. jest mylnem, nawet w ostatnim roku nie wydał kraj takiej kwoty, bo powiaty wypłaciły na pensye dla 80 lekarzy okręgowych po 500 zł. kwotę 40.000 zł., fundusz zaś krajowy na ryczałt, licząc w przecięciu po 300 zł. dla każdego, razem 24.000; a zatem fundusze powiatowe i krajowy razem 64.000 zł. Od początku organizacyi wydał Wydział kraj. na koszta podróży lekarzy okręgowych w r. 1892 240 zł. w r. 1893 3013 zł. w r. 1894 6.090, w r. 1895 11.095, razem 20.433 zł., przyznany na r. 1896 kredyt w kwocie 18.000 nie został wyczerpany.

Dalej mylnem jest twierdzenie Dra Saw., jakoby władzę dyscyplinarną nad lekarzem okręgowym wykonywał wójt gminy, t. j., bardzo często, prosty chłop. Tylko w miastach i miasteczkach, które tworzą samoistne gminy sanitarne i nie są wcielone do żadnego okręgu, nad lekarzem g m i n n y m wykonuje władzę dyscyplinarną naczelnik gminy (burmistrz), nad lekarzem zaś o k r ę g o w y m wykonuje tę władzę Rada powiatowa, a nie wójt. Wogóle, w ustawie, będącej w mowie, jest ta zasada przestrzegana, że kto ponosi koszta utrzymania lekarza, ten sprawuje nad nim władzę dyscyplinarną i sądzę, że przeciw tej zasadzie nikt nie powinien żadnych zarzutów podnosić. Lekarz gminny pobiera płacę z funduszu gminy, więc naczelnik wykonuje nad nim władzę dyscyplinarną; lekarz okręgowy, pobiera płacę z funduszu powiatowego, a więc podlega on władzy dyscypl. Rady powiatowej. Tak w jednym jak i w drugim razie zastrzezone jest lekarzowi prawo rekursu do wyższych władz autonomicznych.

Nie zupełnie prawdziwem jest także twierdzenie Dra Saw., jakoby lekarz okręgowy miał obowiązek leczyć chorych, dotkniętych chorobą zakaźną; rozumie się, że ten obowiązek odnosić się może tylko do bezpłatnego leczenia. Otóż lekarz okręgowy ma obowiązek, sprawdziwszy chorobę zakaźną, wydać na miejscu zarządzenia co do potrzebnych środków zaradczych, aby chorobę stłumić w zarodku; skoro zaś lekarz urzędowy stwierdzi rozwinięcie się epidemii, wówczas lekarz okręgowy za leczenie chorych, dotkniętych tą chorobą, pobiera wynagrodzenie takie, jak i inni lekarze wolnopraktykujący, delegowani z ramienia rządu do epidemii. (Rozporz. wykon. do § 14 ustawy).

Po sprostowaniu tych błędnych faktów i zapatrywań Dra Saw., przystępuję do omówienia zarzutów podniesionych przez autora tak przeciw ustawie samej jak i rozporządzeniu wykonawczemu.

Ponieważ bardzo wielu lekarzy nie zna różnicy zachodzącej między ustawą i rozporządzeniem, więc sądzę, iż nie będzie od rzeczy na tem miejscu tę różnicę wyjaśnić. Otóż ustawę wydaje ciało prawodawcze, a więc Sejm krajowy, względnie Rada państwa i ustawa potrzebuje sankcyi Cesarza; rozporządzenie zaś wydaje w ramach ustawy władza wykonawcza, a więc w tym razie Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem.

Otóż podnieść muszę, że przeważna ilość zarzutów Dr. Saw. odnosi się nie do ustawy, lecz do rozporządzenia wykonawczego, że jeżeli więc zachodzi potrzeba zmiany tego rozporządzenia, może Wydział krajowy w porozumieniu z Namiestnictwem to rozporządzenie zmienić, oraz i złe naprawić.

Ale jakież są zarzuty Dra Saw.? Zastrasza go przedewszystkiem instrukcya dla lekarzy gminnych i okręgowych, że potrzeba było całego alfabetu łacińskiego, aby wyliczyć wszystkie obowiązki tych lekarzy. Nie wiem, czy istnieje pisana instrukcya dla krajowego inspektora szpitali, ale wyobrażam sobie, że w takiej instrukcyi potrzebaby także co najmniej całego alfabetu, aby wyliczyć wszystkie obowiązki, na które przy inspekcyi szpitala zwrócić uwagę należy, a przecież w bardzo wielu razach, a mianowicie przy inspekcyi mniejszych szpitali, instrukcya ta w znacznej części pozostałaby tylko na papierze. Wszak instrukcya musiałaby uwzględniać stosunki tak skomplikowane, jak one są w szpitalu lwowskim lub krakowskim, lecz także stosunki szpitala w Śniatynie o 24 lub innych o 40 łóżkach. Tak samo ma się rzecz z instrukcyą dla lekarzy gminnych i okręgowych. Jedna i ta sama instrukcya obowiązuje lekarza gminnego w miastach Przemyślu, Kołomyi, Tarnowie, Tarnopolu i t. d. jako również i lekarzy okręgowych w okolicach czysto rolniczych.

Gdzie niema fabryk ani innych zakładów przemysłowych, gdzie jedynemi publicznemi instytucyami są szkoły, karczmy, sklepiki wiejskie, tam cała czynność lekarza okręgowego jest bardzo mała i tam nie ma on wiele obowiązków pod względem sanitarno-policyjnym.

Znam bardzo wielu lekarzy okręgowych, przypatrywałem się z bliska ich działalności, lecz śmiało rzec mogę, że żaden nie narzekał na zbytnie obciążenie pracą, przeciwnie wielu użalało się na mały tylko zakres swych czynności.

To jest jasnem, że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem o r g a n a d o l e c z e n i a c h o r y c h. Wszak w § 14 ust. 2 ustawy, w którym mowa o instrukcyi, podniesiono, że w instrukcyi, musi być zawarty i szczegółowo określony obowiązek leczenia ubogich chorych bezpłatnie; co do innych obowiązków powiedziane jest ogólnikowo w ustawie, że lekarz gminny, względnie okręgowy, jest stałym fachowym organem dla gminy i powiatu, powołanym do współdziałania w sprawach sanitarno-policyjnych.

Niepodobna więc było dać lekarzom gminnym i okręg. takiej instrukcyi, że mają tylko leczyć i to ubogich bezpłatnie, innych za wynagrodzeniem; lecz potrzeba było w instrukcyi podnieść wszystkie sprawy sanitarne, które do zakresu działania gmin należą.

A że tych spraw jest wiele, więc instrukcya wypadła długa; pominięcie ingerencyi lekarza okręgowego w którejkolwiek sprawie sanitarnej, należącej do własnego zakresu działania gminy, byłoby n a r u s z e n i e m a u t o n o m i i, na którąby ani Wydział krajowy ani Sejm nie zezwolił. Dlatego wprost niezrozumiałym wydaje mi się zarzut Dra Saw., że lekarze okręgowi mają za wiele obowiązków i że można było, pisząc instrukcyą dla autonomicznych organów sanitarnych, odjąć im prawo ingerencyi w sprawach należących do własnego zakresu działania gminy.

Przeciwnicy organizacyi służby zdrowia w gminach głoszą, że rząd dlatego tak napierał na doprowadzenie do skutku tej instytucyi, ponieważ pragnie ciężar opieki nad zdrowiem publicznem przesunąć na kraj i w lekarzach okręgowych zyskać biurokratyczne organa sobie podwładne. Gdyby tak było, to, w miarę przybywającej ilości okręgowych, powinienby Rząd zmniejszać liczbę lekarzy przy władzach polit., albo z powodu wrzekomego zmniejszenia ich obowiązków, zmniejszać im płace, i znosić albo zmniejszać ryczałty na peryodyczne objazdy powiatu. A tymczasem już w ostatnich dwóch latach Rząd pomnożył liczbę urzędników sanitarnych, podwyższył im rangę, podwoił im ryczałt na objazdy i powiększył dotacyę na wydatki sanitarne w Galicyi. Więc jasnem jest, że tylko troska o zdrowie publiczne jest pobudką, — dla której Rząd pragnie rychłego doprowadzenia do skutku organizacyi służby zdrowia w gminach.

Dr. Saw. robi zarzut, że lekarz okręgowy zależny jest od wójta, marszałka powiatowego, od starosty, lekarza powiatowego, c. k. inspektorów sanitarnych i krajowego referenta sanitarnego, a właściwie, jak potem sam autor powiada, z nikogo sobie nic nie robi. Otóż według mego zdania lekarz okręgowy zależny jest tylko od tego, kto nad nim władzę dyscyplinarną sprawuje, a pod tym względem — jak wyżej wykazałem — ustawa jest jasna. Że marszałek powiatowy nie troszczy się o lekarza okręgowego, — jak twierdzi Dr. Saw., — to nie jest wina ustawy, a zresztą tak nie jest, bo w wielu powiatach Wydziały powiatowe bardzo gorliwie zajmują się lekarzami okręgowymi. Zresztą trudno narzekać, że lekarz powiatowy, krajowy inspektor sanitarny lub krajowy referent sanitarny wgląda w czynności lekarza okręgowego, bo żyjemy w tych czasach, że każdy, opłacający podatek, ma prawo wglądać w czynności funkcyonaryuszów publicznych, byle ta kontrola była rzeczowa, nie uciążliwa i nie ubliżająca. Gdy w podróżach moich urzędowych dostrzegłem ze strony jednego z lekarzy okręgowych bardzo znaczne zaniedbywanie obowiązków, złożyłem o tem relacyę pisemną do mej władzy i dopiero po przeprowadzonem ze strony Wydziału powiatowego śledztwie, otrzymał on naganę od władzy autonomicznej. Innej władzy nad lekarzami okręgow. organa rządowe nie mają i nie pragną, więc o zależności urzędowej tych lekarzy od lekarzy rządowych lub od c. k. starosty mowy być nie może.

Żądane przez rząd od lekarzy okręgowych wykazy statystyczne, o których Dr. Sawicki twierdzi, że są istną plagą lekarzy, nie są tak straszne. Raz w rok winien lekarz okręgowy przedłożyć cyfrowy wykaz wszystkich ciemnych, obłąkanych, kretynów, w okręgu będących. Jeżeli lekarz prowadzi należycie ewidencyę tych ułomnych, roczne wykazy dla każdej gminy z osobna można w dwóch godzinach sporządzić.

Trudno taką czynność nazwać plagą, chociażby ona była czystym wymysłem biurokratycznym. A przecież tak nie jest. Utrzymywanie ewidencyi obłąkanych, ciemnych, kretynów, podrzutków, nie ma na celu jedynie zarejestrowania ich, lecz jak to w instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręg. powiedziano, że lekarz ma zawiadomić władzę, gdy dostrzeże że opieka tych osób jest pod względem sanitarnym zaniedbaną. Jest to obowiązek, od którego, nie wiem, czy który lekarz usuwa się i, jeżeli raz wprowadzi sobie wykaz imienny tych nieszczęśliwych istot i, w miarę otrzymywanych, podczas swych podróży, wiadomości, wykaz ten uzupełnia, wówczas sporządzenie rocznych wykazów jest drobnostką. Narzeka więc na plagę wykazów tylko taki lekarz, który wogóle nie lubi żadnych obowiązków, albo taki, który nie jest lekarzem, tylko zarobnikiem. A takich, na szczęście, ja znam bardzo mało w kraju. Przeciwnie, na każdym kroku spotyka się lekarzy z całem poświęceniem oddanych swemu

zawodowi, którzy bez wielkich widoków na korzyści materyalne, z narażeniem zdrowia, życia i bytu swej rodziny, spełniają gorliwie obowiązki swego powołania.

Powiedziałem na wstępie, że w tem zgadzam się z Dr. Saw., że instytucya lekarzy okręgowych nie przyniosła spodziewanych korzyści, a w szczególności, że stosunek lekarza do chorych w jego okręgu nie jest takim, jakim być powinien. Ale nie zgadzam się w tem z Drem Saw., aby to było winą ustawy, tem mniej nie jest to winą lekarzy okręgowych.

Jak długo nie będzie w siedzibie lekarza okręgowego urządzony szpital pod kierunkiem tegoż lekarza, tak długo nie możemy się spodziewać pomyślnych wyników w całej organizacyi służby zdrowia w gminach.

Dr. Józef Merunowicz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII Wiadomości bieżące.

Kraków 13 Stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem złożyła sprawozdanie komisya powołana przez Towarzystwo dla ułożenia etyki lekarskiej.

Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przysyła nam następującą odezwę:

Mocą uchwały Komitetu przygotowującego VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska.

Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlanie. 3) Wentylacya. 4) Wodociągi i kanalizacya 5) Łazienki. 6) Desinfekcya 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fizyologia. 3) Psycho-fizyologia. 4) Patologia: a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodiagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka etc.) 8) Elektroterapia i elektrodiagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać najpóźniej do 1 maja roku bieżącego na ręce p. dr. Drobnika, Poznań, św. Marcin, nr. 79.

W imieniu sekcyi wystawowej:

Dr. Tomasz Drobnik. *Witold Zakrzewski.*

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwały wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego, powołujące na stanowiska docentów: Dra Stanisława Ciechanowskiego do wykładów anatomii patologicznej w Krakowie i Dra Antoniego Gabryszewskiego — z zakresu chirurgii we Lwowie.

* Pierwszy Nr. „Przeglądu dentystycznego“ opuścił prasę i został rozesłany. Traktowana z jakąś nieuzasadnioną wyniosłością dentystyka weszła, siłą naukowego rozwoju, w ostatnich latach, w swe prawa, stając się gałęzią chirurgii, jak każda inna. Powstanie „Przeglądu dentystycznego“ zaliczamy do objawów pomyślnych naszego dorobku naukowego, zwłaszcza, że sam miesięcznik przedstawia się nader poważnie i starannie. Po wstępnem słowie od Redakcyi idą prace oryginalne, następnie dział sprawozdawczy bardzo obfity i w treść bogaty; następnie wiadomości pomniejsze, kronika i sprawy zawodowe. Kształt, papier, druk, a wreszcie i treść zalecają to wydawnictwo nader korzystnie i wróżą trwałe powodzenie.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na rok 1898 prezesem Dra B. Gepnera, wiceprezesem Dra Wł. Gajkiewicza, sekretarzem dorocznym Dra J. Winiarskiego.

* Komisya budżetowa Sejmu galicyjskiego zamknęła rachunki funduszu krajowego za r. 1896. Wydatki sanitarne w r. sprawozdawczym wynosiły 1,115.619 złr., w stosunku do wydatków netto 13,35%. Na oświatę 2,311.719 złr. — w stosunku do ogółu wydatkow netto 27,70%.

* „Kalendarz dentystyczny“, wydawany w Warszawie przez M. Krakowskiego opuścił prasę. Oprócz części ściśle kalendarzowej i informacyjnej, zawiera on bogaty poradnik dentystyczny, a kształtem i drukiem zbliżony jest do kalendarzy lekarskich.

Mianowania: Wydział krajowy zamianował Dr. W. Smolarskiego sekundaryuszem I klasy, Dr. E. Stahra, sekundaryuszem II klasy w krajowym szpitalu św. Łazarza.

Nekrologia. W Meranie zmarł Dr. Michał Rosenzweig, wzięty lekarz warszawski. Zmarły urodził się i kształcił w Krakowie. Pozostawił 4 rozprawy z dziedziny medycyny praktycznej. Prof. Zacharin zakończył życie w Moskwie. O ile w nauce nie przekazał on swego imienia potomnym, o tyle, jako praktyk, używał rozgłosu. W ostatnich latach życia stracił życzliwość swego społeczeństwa dla dwóch powodów: jedni mu zarzucali nieudolność w ratowaniu cesarza Aleksandra III-go, inni zaś mieli żal za reakcyjne przekonania w zakresie szkolnictwa ludowego.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Medycynie“ Nr. 2: Janczewskiego St.: Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej. Wydobycie przez cięcie brzuszne żywego, zdolnego do życia płodu. Wyzdrowienie. Prof. Dra Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej (c. d.). W „Gazecie lekarskiej“ Nr. 2: Rejchmana M.: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego nieżytu żołądka. Dra Pawińskiego J.: Asthma vesicale (c. d.). Dra Dunina T.: O neurastenii peryodycznej (dok.). W „Przeglądzie dentystycznym“ Nr. 1: Dzierżawskiego: O znieczulaniu przy wyjmowaniu zębów zapomocą wstrzykiwań śróddziąsłowych. Sposób wykonania i wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów o zastósowaniu w tym celu eukainy. Krakowskiego M. Przypadek ciężkiego omdlenia po wyjęciu zęba.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewskiego A.: Ueber die chemische Beschaffenheit der Diastase und über die Bestimmung ihrer Wirksamkeit unter Benutzung von löslicher Stärke, sowie über ein in den Diastasepräparaten vorhandenes Araban. Strassburg, 1897.

— Tegoż: Eine chemische Notiz zur Schlatter'schen totalen Magenextirpation. 1898.

— Dr. Stawowski (Gdańsk): Der Werth der Elektricität bei der Behandlung der Ischias. 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 19-ym Stycznia to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Zdanie sprawy z czynności Towarzystwa lekarskiego za rok 1897.

2) Wnioski i interpelacye członków.

3) Dalszy ciąg dyskusyi nad etyką lekarską.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.